様式４－１０

福祉キャブ利用申込書（運行用）

申込日　令和　　年　　月　　日

メール申込先：fukushicab@mbr.nifty.com

ＦＡＸ申込先：０４４－２４６－６９４３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号　（　　　－　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録者氏名

　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号（ＦＡＸ申込の場合）　　 　－　 －

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用月日 | 月　　　日　（ 　） | | | | 片道　・　往復 | |
| 往  路 | 乗  車  場  所 | 自宅 ・　自宅以外↓  （　　　　　　　　 　　　　　　　　　　）  所在地 | | 下  車  場  所 | 自宅 ・　自宅以外↓  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  所在地 | |
| 時間 | 乗車　　　 時　　　 　分 | | → | 下車　　　　時　　　　分 | |
| 復  路  ※往復の  場合のみ  記入入力 | 乗  車  場  所 | 往路下車場所・☐往路下車場所以外↓  （　　　　　　　　 　　　　　　　　　　）  所在地 | | 下  車  場  所 | 往路乗車場所・往路乗車場所以外↓  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  所在地 | |
| 時間 | 乗車　　　　時　　　　分 | | → | 下車　　　　時　　　　分 | |
| 乗車人数 | 本人　車いす　・　ストレッチャー ・　その他（　　 　　　） | | | | | 介助者(　　)名 |
| 利用目的 | 通院　・　短期入所　・　その他（　 　 　 　　　） | | | | | |
| 備考 | ※車いすやストレッチャーの貸出を希望する場合は、こちらへご入力ください。 | | | | | |
| 事務局記入欄 | 許可/ 不許可  許可No(　　　　　　)  運行会社(　　　　　　　) | | 特記事項 | | | |

※入力不備の場合は返送いたしますので修正いただき再度お申込ください。

※各項目該当するもののチェックボックスにチェックを入れてください。